|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | No. |
| **とやまアルミコンソーシアム　インターンシップ 希望調査票** |
|  |  |  |  |
| **氏　　　名** | （よみがな） |
|  |
| **学　校　名** |  |
| **所属（学部･学科，コース）** |  |
| **学　年** |  |
| **現　住　所** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **電 話 番 号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **出身都道府県** |  |
| **緊急連絡先**※本人以外の方の電話番号 | （よみがな） |  | 続　柄 |
| 氏　　名 |  |  |
| 電話番号 |  |
| **希望実習先企業**　※第２希望・第３希望は、ある場合に記入してください。 |
| **第１希望** | **実習先企業名** |  |
| **第２希望** | **実習先企業名** |  |
| **第３希望** | **実習先企業名** |  |
| **インターンシップ関係の保険に加入していますか** |  |
| **※1　インターンシップに参加するためには、保険加入が必要です。** |
| **※2　実習中の交通費は自己負担となります。** |  |
| **※3　実習中は作業にふさわしい服装を着用してください。詳細は実習先の指示に****従ってください。** |